

OBPキッズオアシス

登園許可証

(患者名) _____ は、

_____ 年 _____ 月 _____ 日以来 _____

にて療養中でしたが登園しても伝染のおそれなくなりましたので、

_____ 年 _____ 月 _____ 日より集団生活可能と認めます。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____ 印

住 所 _____

-----切り取り-----

OBPキッズオアシス

登園許可証

(患者名) _____ は、

_____ 年 _____ 月 _____ 日以来 _____

にて療養中でしたが登園しても伝染のおそれなくなりましたので、

_____ 年 _____ 月 _____ 日より集団生活可能と認めます。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____ 印

住 所 _____